

“EVOLUÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL DE RECÉM-NASCIDOS DE MÃES HIV POSITIVAS”

No Brasil foram notificados mais de 362.364 casos de Aids desde 1980 até junho de 2004, sendo 3,8% (13.786) de crianças até 13 anos de idade, cuja principal categoria de exposição foi a perinatal em mais de 84% das notificações. O número de crianças expostas vem aumentando pois, desde o surgimento dessa doença em nosso meio, tem sido observado o crescimento do número de casos entre mulheres em idade fértil com infecção pelo HIV/Aids, fato que persiste até os dias atuais com a verificação de que a epidemia cresce nove vezes mais entre as mulheres. Esses dados estão disponíveis no endereço eletrônico do Programa Nacional de DST/Aids (www.aids.gov.br).

Os primeiros casos de Aids pediátrica devido à transmissão vertical foram diagnosticados nos Estados Unidos da América a partir de 1982¹. A transmissão vertical também é denominada infecção perinatal pelo HIV e transmissão mãe-filho do HIV, e esses termos serão utilizados como sinônimos ao longo desse comentário. As taxas de transmissão no mundo são variáveis; antes do advento da disponibilidade de medidas preventivas situava-se ao redor de 11% a 14% na Europa Ocidental, 20% a 25% nos Estados Unidos da América e entre 30% até 45% nos países africanos. Os dados disponíveis no Brasil apontavam taxas entre 16% e 40%, dependendo da taxa de aleitamento nesta população.

Na história natural da infecção pelo HIV/Aids em crianças, um dado que até hoje não é conhecido com precisão é quando a criança se infecta. Há indícios de que pode se infectar ao longo do período intra-uterino (estima-se que em cerca de 25% a 30%), mas que os momentos próximos ao parto sejam os de maior risco (65% a 70%). E ainda o risco de aquisição pós-natal, através do aleitamento materno, o qual situa-se entre 7% até 39% dependendo da época em que ocorreu a infecção materna (o risco é mais elevado quando a infecção é recente, pois haverá elevada taxa de replicação viral em relação a infecção previamente estabelecida, em que a carga viral pode estar mais estável).

O conhecimento de que a infecção pode ocorrer nesses vários momentos possibilitou a elaboração de uma proposta de intervenção profilática delineada por grupo de pesquisadores americanos e europeus, conhecida como protocolo 076 (a denominação correta é PACTG 076, que é abreviatura utilizada para *Pediatric AIDS Clinical Trials Group*, ou seja, Grupo de Estudos Clínicos de Aids Pediátrica), com a hipótese de que o uso da Zidovudina (AZT) durante a gravidez, trabalho de parto e para o recém-nascido, e a suspensão do aleitamento materno reduziriam o risco da transmissão vertical do HIV. Em 1992/1993, iniciaram estu-

do constituído por um grupo de pares mães-crianças que receberam tratamento (AZT) e comparado com grupo placebo. Os achados do estudo constataram a redução da taxa de transmissão em aproximadamente 70% (transmissão no grupo-AZT de 8,3 vs grupo-placebo de 25,5%)². Essa terapia profilática, aliada a outras medidas tais como o aconselhamento universal e recomendação do teste anti-HIV para todas as gestantes, a indicação de terapia anti-retroviral para a gestante que se revelar soropositiva para o HIV, a indicação da via de parto - cesárea eletiva - em situações específicas e a suspensão do aleitamento materno podem contribuir para uma redução ainda maior do risco de transmissão perinatal. Assim, as taxas de transmissão mãe-filho da infecção pelo HIV situam-se atualmente ao redor de 2% nos Estados Unidos da América, em países europeus e, no Brasil, que adotou essas estratégias em todo o território nacional a partir de 1996, reduziu-se para cerca de 4%, porém com taxas variáveis nas diferentes regiões.

O Ministério da Saúde elaborou estudo através da Rede Sentinela para quantificar o número de gestantes soropositivas para o HIV. Estima-se que no Brasil ocorram cerca de 3.000.000 de partos por ano, e que a prevalência de gestantes soropositivas situa-se ao redor de 0,56%, esperando-se, desse modo, 17.200 gestantes infectadas pelo HIV por ano.

O objetivo do Programa Nacional de DST/Aids é identificar 100% das gestantes infectadas pelo HIV. A recomendação atualmente definida para o território nacional é a do oferecimento universal do teste HIV para todas as gestantes, o que possibilitará o aconselhamento e a indicação do uso da zidovudina (AZT) para a prevenção da transmissão vertical do HIV nos moldes do protocolo ACTG 076, assim como outras medidas profiláticas. Esse esquema está disponível para toda a rede de atenção à saúde por meio do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, por meio do denominado Projeto NASCER³.

O artigo de Yoshimoto et al. “Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães portadoras do HIV”, publicado nesta edição, à página 100, avalia o risco de transmissão vertical da infecção pelo HIV depois da implantação da profilaxia em nosso meio e verifica que a taxa de transmissão foi de 9,3%, constituindo-se informação de extrema utilidade, pois traduz como as medidas recomendadas para a profilaxia são adotadas na prática clínica nos serviços de saúde, destacando a sua importância. A despeito de haver uma política pública estabelecida, com recursos disponíveis para a sua execução, verifica-se que ainda há muito para ser feito na identificação das gestantes soropositivas.

Finalmente, os dados de um estudo recém-publicado de Souza Júnior et al.⁴ demonstrando que apenas 52% das gestantes brasileiras receberam a cobertura efetiva das ações de prevenção da transmissão vertical no pré-natal

durante o ano de 2002, a qual oscilou de acordo com a região do Brasil, sendo mais alta no sul (71%) e consideravelmente mais baixa no nordeste (24%) e, ainda, que as mulheres com maior nível de escolaridade tinham maior acesso a insumos e ações (64% das mulheres com instrução superior ao primeiro grau) que as mulheres menos escolarizadas (19% das mulheres sem instrução) também corroboram a necessidade de aprimorar a atenção ao pré-natal, ao qual devem ser inquestionavelmente acrescentadas todas as medidas para a redução da transmissão vertical do HIV assim como da sífilis congênita.

HELOÍSA HELENA MARQUES

VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA EM CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

A vacinação antipneumocócica não faz parte do calendário oficial orientado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Desde a década de 80, ela já é indicada para pacientes em situações especiais, por exemplo, diabéticos, por ser considerada uma importante intervenção para redução da morbi-mortalidade desses indivíduos¹.

A orientação, recentemente divulgada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, de inclusão da vacinação antipneumocócica para crianças até dois anos de idade no calendário vacinal provoca algumas reflexões².

Investimentos têm sido feitos nos últimos anos para a produção de vacinas mais eficazes. Conforme dados publicados em 2003, a identificação das cepas de pneumococo causadoras de doença nas crianças brasileiras demonstra a possibilidade de proteção com o uso dessas vacinas^{3,4} e sua recomendação⁵.

As infecções pneumocócicas constituem importante causa de morbi-mortalidade em crianças, pessoas idosas ou portadoras de alguma condição clínica de base. A resistência bacteriana à penicilina, encontrada em algumas regiões, é um problema adicional a ser considerado⁶.

Em países desenvolvidos como os EUA, estima-se a ocorrência de 15-30 casos/100.000 pessoas/ano de bacteremia pneumocócica na população em geral, e 160 casos/100.000 em crianças. Pneumonia é a principal causa isolada de morte infantil; pneumonia pneumocócica é a causa mais comum de pneumonia adquirida na

Referências

1. Ammann AJ. Is there an acquired immune deficiency syndrome in infants and children? *Pediatr* 1983, 72: 430-2.
2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Projeto Nascer- Maternidades. <http://aids.gov.br/final/tratameto/portaria210421nov02/projetonascer.doc>
4. Souza Junior PR, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saude Publica.* 2004, 38:764-72. Epub 2004 Dec 10.

comunidade, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. O *S. pneumoniae* é responsável por 25% a 35% dos casos de pneumonia que requerem hospitalização dos cerca de 500.000 que ocorrem anualmente nos EUA⁷.

As infecções pneumocócicas causam, em média, 40.000 mortes/ano nos EUA, sendo que aproximadamente 50% delas seriam potencialmente evitadas pelo uso da vacina. Este índice de letalidade é maior que o de qualquer outra doença bacteriana prevenível por vacinação⁷.

No Brasil, a meningite pneumocócica é a segunda mais freqüente na infância, podendo levar a alto índice de seqüelas, com mortalidade de até 27,5%⁶. A alta incidência dessas infecções na população infantil aliada à gravidade potencial das mesmas certamente justifica a prevenção⁸.

No entanto, a diversidade de sorotipos dos pneumococos dificulta a produção de uma vacina eficaz. A vacina 23-valente, que contém cerca de 85% a 90% dos sorotipos causadores de doença invasiva nos EUA, não oferece proteção para crianças abaixo de dois anos, devido às características da resposta imune⁷. A vacina conjugada heptavalente (PCV7), desenvolvida a partir dos principais sorotipos responsáveis por infecções invasivas nas crianças abaixo de seis anos, mostrou-se quase 100% eficaz contra a doença pneumocócica invasiva ou resistência microbiana nos EUA⁹. Proteção semelhante não foi relatada no hemisfério Sul devido aos diferentes sorotipos.

No Brasil, considerando os sorotipos prevalentes em crianças até cinco anos, pressupõe-se cobertura para doença invasiva em torno de 52%, podendo chegar a